

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 4 juin 1896, à 1 heure

PAR

PAUL CHAMPENOIS

Ancien externe des hôpitaux.
Médaille de bronze de l'Assistance publique,
Né à Douai, le 21 février 1869.

313

—†—
ÉTUDE CRITIQUE

DU

TRAITEMENT DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

AVANTAGES DES INCISIONS LARGES

Président : M. DUPLAY.

Juges : MM. { GUYON, professeur.
POLAILLON, RÉMY, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*

~~~~~  
PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1896



313  
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 4 juin 1896, à 1 heure*

PAR

PAUL CHAMPENOIS

Ancien externe des hôpitaux.

Médaille de bronze de l'Assistance publique,

Né à Douai, le 21 février 1869.

—†—

ÉTUDE CRITIQUE

DU

TRAITEMENT DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

AVANTAGES DES INCISIONS LARGES

*Président : M. DUPLAY.*

*Juges : MM.* { GUYON, professeur.  
POLAILLON, RÉMY, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les  
différentes parties de l'enseignement médical.*

~~~~~  
PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

—
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL
Histoire naturelle médicale	N.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBENE.
Clinique médicale.	STRAUS.
	G. SÉE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique des malad. des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.
MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM. ACHARD	MM. GAUCHER	MM. MARIE	MM. SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERRY
ANDRÉ	GILLE DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef	VARNIER.
BROCA	HARTMANN	des travaux	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	anatomiques	WEISS
CHARRIN.	LEJARS	RETTERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET.	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPLAY

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Officier de la Légion d'Honneur.

A TOUS MES MAÎTRES



INTRODUCTION

Pendant l'année d'externat que nous avons passée à l'hôpital Tenon, nous avons pu remarquer dans le service de M. le professeur Richelot, un certain nombre de kystes hydatiques du foie qui avaient été ponctionnés sans résultat appréciable et que la laparotomie faite par ce brillant chirurgien avait définitivement fait disparaître. C'est ce qui nous a donné l'idée, sur ses conseils, de réunir un certain nombre de ces cas et de montrer ainsi, non seulement l'utilité, mais encore l'innocuité de cette intervention chirurgicale.

Nous n'avons pas, dans ce travail, l'intention de faire œuvre nouvelle, ni d'exposer en détail les traitements les plus récents, parmi lesquels se trouve, en première ligne la laparotomie, le champ a été trop exploré ; mais nous avons pensé

que quelques observations de plus ne nuiraient pas à l'échafaudage encore si récent du traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie. C'est donc plutôt une revue d'ensemble, un travail de critique que nous avons l'honneur de soumettre à nos juges, en comptant sur toute leur indulgence.

Répondre à la question que Rendu plaçait en tête de son article : Foie, dans le dictionnaire de Dechambre. En cas de kyste hydatique du foie, le médecin doit-il ou non intervenir ? Serait à l'heure actuelle superflu. Cette question est absolument jugée ; on doit intervenir ; car on ne peut compter sur la guérison spontanée de ces kystes, malgré quelques cas publiés, entre autres par Madelung de Rostock (1), et il faut toujours craindre les ouvertures de ces kystes dans toutes les cavités ou organes voisins avec toutes leurs conséquences et tous leurs dangers.

Nous diviserons notre travail en quatre grands chapitres : 1^o le traitement médical sur lequel nous passerons très rapidement ; 2^o les ponctions de toutes sortes avec ou sans injections parasitocides ; 3^o les traitements larges, mais après formation d'adhérences destinées à servir de barrière

(1) Centralblatt für chirurgie, 1885.

au liquide kystique; 4^e enfin les traitements absolument nouveaux, laparotomie, incision transpleurale, etc.

Avant d'aborder le commencement de cette étude, nous tenons à adresser à notre éminent maître, M. le professeur Richelot, nos meilleurs remerciements pour nous avoir donné le sujet de cette étude et les observations inédites, toutes empruntées à sa pratique. C'est à lui que nous devons en grande partie les connaissances que nous possédons en chirurgie, particulièrement en gynécologie, et nous le prions d'agréer l'expression de nos plus profonds hommages pour l'affection dont il n'a cessé de nous donner des preuves. Ce travail que nous lui dédions ne sera qu'un faible hommage de notre reconnaissance.

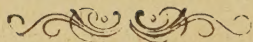
Nous n'oublierons pas, non plus, notre excellent maître et ami, le docteur Dufefoy, ancien interne des hôpitaux, qui nous a beaucoup aidé dans les cas difficiles de la clinique chirurgicale et nous lui adressons nos meilleurs remerciements pour les conseils qu'il nous a donnés.

Que M. le professeur Duplay veuille bien prendre une grande part de nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait de bien vouloir accepter la présidence de notre thèse.

Il nous reste à témoigner toute notre recon-

naissance aux éminents maîtres dont nous avons suivi l'enseignement, soit comme externe, soit comme stagiaire. Que Messieurs les professeurs Fournier, Duplay, Tarnier, Merklen, Barth, Just, Lucas-Championnière, etc., veuillent bien agréer l'expression de notre plus profonde gratitude et accepter les témoignages de notre respectueuse affection.

Deux de nos vénérés maîtres, les professeurs Verneuil et Quinquaud, sont malheureusement décédés, depuis que nous les avons quittés, nous leur envoyons un affectueux et regretté souvenir.



I

TRAITEMENT MÉDICAL ET AGENTS PHYSIQUES.

Le traitement médical fut pendant très longtemps le seul employé pour la cure des kystes hydatiques du foie. Par cette méthode, on se proposait d'introduire dans le sang, par absorption, des substances médicamenteuses capables d'amener la mort des échinocoques en arrivant jusqu'au kyste. Ces médicaments peuvent-ils pénétrer jusqu'à celui-ci ? Nous ne le pensons pas ; il suffit en effet de voir combien ont été et même sont encore nombreux les prétendus spécifiques, tous vantés les uns plus que les autres, pour se faire une idée de l'obscurité qui règne sur la thérapeutique de ces affections.

Aujourd'hui ce traitement médical, à cause de ses insuccès, presque constants, pour ne pas dire toujours, est à peu près abandonné de tous les médecins, et si quelquefois on le trouve employé,

ce n'est guère qu'une abstention déguisée, très condamnable pour la santé et la vie du malade.

Nous passerons donc très rapidement sur les principaux médicaments préconisés. Nous trouvons les vomitifs et les purgatifs : calomel (Baumès), extrait de fougère mâle, kousso, etc., moyens dangereux, par crainte de la rupture du kyste dans un organe voisin ; les mercuriaux, soit calomel, soit frictions hydrargyriques sur le ventre jusqu'à salivation. Laënnec recommanda l'eau de mer naturelle ou artificielle en boissons et en bains ; d'autres, l'eau de Vichy ; Hjaltelin (1869) la teinture de Kamalā, encore employée en Islande, à la dose de 30 gouttes par jour, continuée pendant un mois et même plus longtemps ; Buchter Kirch (1879), l'essence d'eucalyptus en inhalation. Puis vient toute la série des topiques possibles : frictions au savon, frictions au pétrole (Chabert), emplâtres de ciguë, huile de térébenthine, huile empyreumatique, vésicatoires, sachets de glace (Guérault), etc.

Nous trouvons enfin l'iodure de potassium, vanté par Hawkins, attaqué violemment par Murchinson et Frerichs, ce dernier prétendant qu'il n'avait jamais trouvé d'iode dans le liquide du kyste hydatique ; cette opinion, un peu trop absolue, a été combattue par Jaccoud et Semmola

(de Naples) qui ont montré que dans certains cas l'iode pouvait pénétrer dans l'intérieur de la poche kystique. C'est le seul médicament qui mérite, peut-être, de rester dans la pratique; tous les autres n'étant plus aujourd'hui que des documents historiques de la thérapeutique des kystes hydatiques du foie, suivant l'expression si juste de Segond.

A côté de ces moyens pharmaceutiques, nous trouvons les agents physiques, presque abandonnés aussi, l'acupuncture et l'électropuncture.

Cruveilhier conseilla l'acupuncture que Trouseau pratiqua et qui consiste à piquer les kystes à l'aide de longues aiguilles enfoncées profondément et promenées dans la tumeur. Cette méthode aujourd'hui complètement abandonnée en France est encore employée par quelques médecins en Islande.

L'acupuncture fut modifiée, ou plutôt complétée au moyen de l'électrolyse par le docteur Thorenson (d'Islande).

Les aiguilles sont enfoncées obliquement et mises en communication avec une pile électrique dont les fortes décharges doivent tuer les acéphalocystes; d'après Heurot (de Reims), ces décharges mettraient en liberté la soude contenue dans le liquide kystique, qui occasionnerait ainsi la mort

des parasites. Cette méthode fut employée avec quelques modifications dans le dispositif des électrodes par Durham, Hilton Fagge, Cooper Forster (1), Apostoli (2) et préconisée en France par Dujardin-Beaumetz. Ce dernier auteur dans ses leçons de clinique thérapeutique et Leube (3), reconnaissent cependant n'avoir obtenu aucune guérison complète, mais seulement une diminution notable dans la poche sans produire aucun accident; d'après eux, cette méthode aurait, en outre, pour conséquence d'amener des adhérences entre la poche et les parois abdominales, ce qui serait une condition de succès pour une ponction évacuatrice future.

Un grave reproche à faire à cette méthode est d'être longue et d'amener des douleurs très violentes par suite des piqûres, surtout à l'extraction des aiguilles après chaque séance d'électrolyse (4) et de plus, elle présente des dangers de suppuration.

(1) The Lancet, 1868.

(2) Bulletin de l'Académie de médecine, 1882.

(3) Centralblatt der med. Wissenschaft, 1874.

(4) Dujardin-Beaumetz et Richet, Gazette des hopitaux, 1892.

Nous en avons fini avec ces méthodes anciennes, et nous arrivons aux diverses sortes de ponctions que nous allons étudier successivement.



II

LES PONCTIONS

Les ponctions que nous allons examiner peuvent se diviser en deux grands groupes :

- 1° Les ponctions simples;
- 2° Les ponctions suivies d'injections parasitocides et antiseptiques.

Nous commencerons par étudier les vieilles ponctions, puis la ponction aspiratrice de Dieulafoy.

Ponction simple. — On admet que, privées de leur milieu nourricier, les vésicules se ratatinent, subissent la transformation adiposébacée en partie. Aussi a-t-on cherché à évacuer le liquide kystique au dehors par des ouvertures de plus en plus petites, méthode que l'on a dénommée : ponction.

Cette ponction est une opération qui consiste à plonger dans la tumeur un trocart destiné à

donner issue par la canule au contenu du kyste en totalité ou en partie seulement.

On a employé à cet effet toutes sortes de trocarts : des trocarts fins ou capillaires, des trocarts moyens, des gros trocarts, des trocarts à hydrocèles, des gros trocarts à ascite ou à kystes de l'ovaire, des trocarts fenêtrés et armés de crochets à érignes plus ou moins mobiles afin d'accrocher les parois du kyste de dedans en dehors et de les fixer à la paroi abdominale avec laquelle elles auraient contracté des adhérences et bien d'autres encore.

C'est sur ce principe que reposait la méthode de Boinet quise servait, soit d'un trocart à hydrocèle, soit d'un trocart à kyste de l'ovaire. Par ce procédé, on peut amener une forte régression du kyste hydatique, à condition d'y adjoindre la modification apportée par Verneuil et suivie par Labbé, Terrillon, Monod, Routier, et qui consiste après la ponction à passer dans la lumière du trocart une grosse sonde en caoutchouc vulcanisé, la faire pénétrer dans l'intérieur du kyste et l'y laisser à demeure, pour permettre des lavages abondants. Les ponctions successives ne font le plus souvent que tuer l'hydatide mère et exposent à laisser dans le foie une membrane épaisse, qui peut quelquefois se résorber ou s'enkyster, mais

qui, la plupart du temps, rest ^o comme un corps étranger et peut provoquer des accidents (Labbé). Cette critique de Labbé pour les ponctions capillaires peut s'adresser aussi bien à la méthode de Boinet; car le calibre de la sonde à demeure ne permet que bien peu la sortie des hydatides filles et les dangers qu'il signale sont aussi à redouter par ce procédé.

A part ces accidents possibles, cette ponction est-elle inoffensive? Nous n'avons qu'à jeter un coup-d'œil sur les nombreux cas signalés par les auteurs pour voir qu'elle n'est pas une opération de choix. Moissenet (1) rapporte un cas de péritonite mortelle en dix-huit heures; Davaine (2), deux cas de mort et cinq suivis de manifestations graves; Martineau (3), un cas de mort en vingt minutes; Guyot (4), sept cas de mort dans les vingt-quatre heures et Duclos cite un cas où une simple ponction capillaire exploratrice enleva le malade en huit jours par suppuration du kyste, Rendu donne comme mortalité par cette méthode 23 pour 100.

(1) Archives de médecine, 1859.

(2) Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques.

(3) Union médicale, 1875.

(4) Société Médicale des hôpitaux, 1875.

En résumé, nous voyons que cette méthode de la ponction simple, capillaire ou non, peut entraîner de graves conséquences, comme la péritonite et la suppuration du kyste et que ces dangers dépendent beaucoup de l'introduction de l'air dans la poche.

Un des grands avantages, sinon le premier, de la ponction capillaire aspiratrice dont nous allons nous occuper maintenant est précisément d'empêcher l'air de pénétrer par la piqûre dans le kyste.

Ponction aspiratrice simple. — La ponction aspiratrice simple préconisée par Dieulafoy se fait avec l'aiguille n° 2; on évacue la poche le plus complètement possible et on recommence autant de fois qu'il est nécessaire, sans attendre que la poche ait repris son volume primitif. Ce procédé a donné un certain nombre de succès, soit entre les mains de Dieulafoy, soit entre les mains d'autres médecins, quelque aient été les appareils respirateurs employés, celui de Dieulafoy ou celui de Potain. La technique de cette méthode, employée pour bien d'autres cas, étant trop connue, nous n'en parlerons pas; mais nous allons passer rapidement en revue ses avantages et ses inconvénients.

Ce procédé facilite l'évacuation de la poche kystique, même avec un très petit trocart; plus celui-ci est petit et moins l'ouverture de pénétration a des chances de livrer passage au liquide pour s'écouler dans le péritoine et, surtout, avantage capital, l'introduction de l'air extérieur est empêchée.

Cette ponction aspiratrice simple est donc supérieure à la ponction simple; mais à côté, combien d'inconvénients! Si tout le liquide chargé de nourrir les vésicules est évacué, les vésicules mourront très probablement: la poche se modifiera et la tumeur se transformera en une masse calcaire ou subira la dégénérescence adipo-sébacée; quelquefois mi-calcaire, mi-graisseuse; c'est là le résultat parfait, mais il est rare, exceptionnel même.

Nous nous trouvons donc en présence du reproche formulée par Labbé et que nous avons cité plus haut. D'autre part, si une partie seulement du liquide kystique a été évacué, le reste pourra suffire à l'entretien des vésicules filles et la fertilité du kyste réapparaîtra tout entière; le kyste se reformera, les parois de celui-ci ayant secrété du nouveau liquide.

Peut-on donc obtenir la guérison de quelques kystes par la ponction aspiratrice simple? Nous répondrons par l'affirmative, mais cependant à la

condition que l'on se trouve en présence de kystes petits, jeunes, à parois souples ou à des kystes mêmes volumineux, mais qui ne sont plus fertiles, ou à la variété acéphalocyste. C'est ainsi que quelques cas de guérison pour des kystes volumineux ont été publiés, mais toujours après un certain nombre de ponctions et encore les kystes suppuraient-ils presque tous à la suite de quelques ponctions. Tel le cas de Gérin Roze (1), où la guérison fut obtenue après sept ponctions aspiratrices et où le kyste avait suppuré à la suite de la deuxième ponction.

Si nous nous trouvons en face d'un kyste multiloculaire, la ponction aspiratrice pourra en guérir un; mais les autres n'en restent pas moins et seront à traiter; c'est ainsi que nous arrivons aux ponctions multiples, énormes, comme dans le cas de Dieulafoy, où 300 ponctions n'aboutirent pas à la guérison. Dès lors, c'est un traitement de longueur interminable et quel courage ne faut-il pas au malade pour s'y soumettre!

De plus, peut-on savoir si un kyste est unique ou multiloculaire par l'exploration extérieure? Cela est impossible et dès lors la ponction devient ou reste une opération aveugle.

(1) Société Médicale des hôpitaux, 1875.

Cette ponction n'est pas toujours sans dangers, malgré ses préconisateurs et la liste serait longue de ses méfaits. Les plus importants seuls attireront notre attention. L'urticaire (1) fréquent à la suite de ces ponctions est la complication la moins grave; l'origine de cette affection est encore mal connue; elle serait le résultat de l'absorption de certains éléments contenus dans le liquide hydatique (Davaine), éléments que Mourson et Sclagdenhauffen ont rangés dans la classe des ptomaines, parmi les leucomaines.

Quelquefois l'on a noté des blessures du tissu hépatique, produite par l'aiguille de l'appareil aspirateur; ces blessures peuvent n'être pas graves, mais ne pourrait-on remplacer l'aiguille par un trocart dont on retirerait l'extrémité piquante après son introduction et qui permettrait ainsi tous les mouvements sans dangers pour le parenchyme hépatique?

Quant aux cas de mort subite ou consécutives à ces ponctions, ils sont nombreux. Nous avons cité plus haut le cas de Moissenet; Millard (2) et Bryant (3) ont vu se produire aussi ce même cas de mort subite, dus à l'excitation névrolitique ou

(1) Société Médicale des hôpitaux, 1888.

(2) Société Médicale des hôpitaux, 1875 et 1885.

(3) British Medical Journal, 1878.

paralysante transmise au bulbe par le pneumogastrique; ces cas ressemblent beaucoup à ceux qui ont été publiés, où la mort subite est arrivée par contusion de l'abdomen (Martineau).

Les accidents les plus graves que l'on ait à signaler sont la péritonite et la septicémie qui peuvent se produire à la suite d'un oubli quelconque des règles de l'antisepsie (1). Ces cas malheureusement sont encore fréquents et combien n'ont pas été signalés! Scott Orr (2) rapporte un cas de péritonite mortelle à la suite d'une ponction; Pillot (3), un cas de mort par septicémie et hémorragie également à la suite d'une ponction; Reclus (4), un cas de mort par péritonite suraiguë à la deuxième ponction; Siredey (5), un cas de mort dans la journée après une ponction; Sardac (6), un cas de mort par septicémie à la suite d'une ponction.

Rendu (7), donne 15 pour cent de mortalité

(1) Bulletins de la Société d'anatomie et de pathologie de Bordeaux, 1887

(2) Glasgow Medical Journal, 1876.

(3) Société anatomique, 1883.

(4) Gazette hebdomadaire, 1886.

(5) Société Médicale des hôpitaux, 1888.

(6) Société d'anatomie et de pathologie de Bordeaux, 1887.

(7) Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

par ce procédé. Que ce chiffre soit trop ou trop peu élevé, les statistiques récentes manquent pour le contrôle; mais de toute façon nous pensons que lorsqu'une péritonite se produit, il faudra intervenir d'emblée par la laparotomie, l'opération étant moins grave que la maladie elle-même. Dieulafoy, lui-même, s'est rangé à cette opinion, puisqu'il dit que, en présence d'un kyste purulent, l'incision large seule peut en amener la guérison (1).

Un autre très grave inconvénient de la ponction aspiratrice est le danger de pénétration du liquide kystique dans le péritoine et la transformation ou le développement d'hydatides sur cette séreuse quand quelques gouttes de liquide, renfermant des embryons d'échinocoques, tombent dans sa cavité (2). Cette crainte, quelque peu fondée qu'elle soit, n'est pas absolument à délaissier, malgré les observations de Finsey en Allemagne et de Kirmisson en France qui ont démontré qu'un liquide clair tombant dans le péritoine n'avait pas du tout de conséquences fâcheuses, et que tout au plus il en résultait une urticaire assez

(1) Société Médicale des hôpitaux, 1886.

(2) Volkmann VI^e congrès des chirurgiens allemands et Lihotzky (Deutsch Zeitschrift für chirurgie, 1885).

vive. Potherat (1), n'envisage pas la question de la même façon que Volkmann. Il pense d'accord avec Mosseron (2), Lugeol (3), Bouilly, etc., qu'il n'y a pas auto-infection à la suite de la pénétration du liquide kystique dans le péritoine, mais que l'on se trouve en présence d'une même intoxication parasitaire à manifestations multiples et à des époques différentes d'évolution. Que l'on admette même les conclusions de Kirmisson, Fagge et Murchinson les ont dépassées de beaucoup en faisant l'évacuation sous-cutanée du liquide kystique dans le péritoine; ce liquide quelque soit sa nature pouvant très bien déterminer une péritonite généralisée traumatique.

Nous voyons donc que la ponction aspiratrice simple peut guérir quelques cas de kystes hydatiques du foie, à condition qu'ils soient uniloculaires, morts ou flétris; mais il faudra toujours compter avec les récidives possibles et fréquentes. Même bien faite, c'est-à-dire aseptiquement, cette opération n'est pas sans danger et elle ne saurait être un traitement constant dans

(1) Potherat. Thèse de Paris, 1889.

(2) Kystes multiples de la cavité abdominale et pelvienne. Paris, 1882.

(3) Journal de Médecine de Bordeaux, 1883.

ses effets. La canule peut facilement s'obstruer soit par des lambeaux de vésicules, soit parce que l'extrémité de la canule s'est en quelque sorte coiffée d'une vésicule ou que le liquide est épais, visqueux, comme dans les cas de dégénérescence gélatiniforme des kystes (1).

Cette ponction aspiratrice simple ne peut guère servir que pour assurer le diagnostic au moment de l'intervention (2).

Tous ces motifs nous font rejeter la ponction aspiratrice suivie d'injections antiseptiques que nous allons aborder.

Ponction aspiratrice suivie d'injections antiseptiques. — Faire pénétrer dans l'intérieur du kyste des liquides destinés à tuer les hydatides avait déjà été tenté autrefois et nous trouvons employé un certain nombre de substances, l'alcool, le chloral, l'acide salicylique à 10/0; la créosote à 20/0, la liqueur de Labarraque, l'extrait de fougère mâle (3), la teinture diode (Hardy), la solution iodo-iodurée. Les injections de teinture d'iode durent être abandonnées par suite de la douleur déterminée

(1) Mitchell Brunn et Sheind, Royal medical and chirurgical society, 1892.

(2) Potherat, loco citato.

(3) Pavy, The Lancet, 1865.

par elles et les accidents consécutifs d'iodisme et même de péritonite. Dolbeau préconisa en 1856 les injections de bile de bœuf que Voisin, Lutton, etc., mirent en pratique; il se basait sur ce fait que, lorsque la bile pénétrait accidentellement dans une poche kystique, elle amenait la mort des hydatides et la régression du kyste (Laveran, Galliard), les cas de guérison obtenus par ce procédé, peu nombreux d'ailleurs, ne peuvent guère s'expliquer, la bile loin d'être antiseptique étant plutôt microbienne d'après les recherches de Charrin et de Roger; de plus, ces injections étaient très irritantes.

Beaucoup plus récemment nous trouvons les injections de sulfate de cuivre à 5 0/0 et celles de peptonate mercurique de Delpeuch (2) et nous arrivons enfin aux méthodes actuelles, c'est-à-dire aux ponctions évacuatrices, suivies d'injections de sublimé. Trois procédés se trouvent en présence; nous allons les examiner successivement.

1^o Procédé Debove Mesnard 1884-1888. — On vide le kyste hydatique le plus possible; on in-

(1) Debove. Bulletin de la Soc. méd. des hop. de Paris, 1888.

(2) Dujardin Beaumetz. Progrès médical, 1889.

jecté dans la poche de la liqueur de Van Swieten, de manière à rendre à celle-ci un certain volume ; on laisse le liquide en contact avec la paroi de la poche pendant dix minutes, puis on le retire par aspiration.

2° *Procédé Bacelli* (1) *Sennnett* (2) : — Ces auteurs ne retirent que quelques grammes du liquide kystique et injectent à la place de celui-ci une très petite quantité de sublimé, 5 à 23 centigrammes en moyenne, dose suffisante, d'après eux, pour tuer les échinocoques et qu'ils abandonnent dans la poche kystique.

3° *Procédé Hanot-Bouilly*. — Hanot (3) a modifié les deux méthodes précédentes ; comme Debove, il évacue complètement le liquide du kyste par la ponction aspiratrice et comme Baccelli il injecte et abandonne dans la poche vide une dose de sublimé inférieure à la dose toxique, c'est-à-dire de 15 à 40 grammes de liqueur de Van Swieten. Bouilly (4) suit la même technique que Hanot, mais la dose de liqueur de Van Swieten

(1) *Riforma medica*, 1887.

(2) *The Lancet*, 1887.

(3) Thèse Morin. Paris. 1889.

(4) Congrès français de chirurgie, 1892.

est encore plus minime, puisqu'il ne met au contact de la poche que 5 à 10 grammes de cette solution.

Examinons maintenant chacun de ces procédés. Pour la méthode Debove Mesnard, nous adoptons en entier l'avis que Bouilly a émis au congrès français de chirurgie en 1892 ; 1° la manœuvre est assez longue ; 2° l'évacuation de l'injection du sublimé peut ne pas être complète et il peut rester dans la poche une quantité assez considérable et par conséquent toxique de la solution ; d'où nécessité de recourir à une seconde ponction afin de retirer le reste du liquide. C'est pour cette raison que l'on conseille de faire suivre la sortie plus ou moins abondante de l'injection de liqueur de Van Swieten d'une autre injection d'eau stérilisée qui entraînerait le reste du sublimé. Cette manœuvre prolonge donc encore l'opération sans donner de résultat beaucoup plus certain.

Le procédé Baccelli Sennett n'offre pour ainsi dire que des inconvénients, malgré la vogue dont il a joui. La minime quantité de liquide retirée ne diminue en rien la tension de la poche kystique qui peut être très tendue et il y a des chances pour qu'une partie du liquide hydatique passe dans le péritoine, grâce à l'ouverture faite

par l'aiguille de la seringue, quelque petite qu'elle soit. La minime quantité de liquide soustrait au kyste ne permet pas de connaître la nature du liquide, ni de savoir si celui-ci renferme de nombreuses hydatides filles. Et pourquoi, puisqu'on le peut, ne pas évacuer complètement le liquide kystique ?

Le procédé Hanot-Bouilly est préférable aux deux précédents, puisqu'il vide complètement le kyste et n'injecte qu'une très faible dose de sublimé. Mais les hydatides en admettant qu'elles soient tuées, n'en restent pas moins à l'état de corps étrangers dans la poche et leur résorption ne peut se faire sans accident d'intoxication générale et sans dommages ultérieurs pour le parenchyme hépatique. Ce reproche, très grave, que Bouilly adressait aux autres procédés, l'a-t-il donc oublié pour le sien, puisqu'il n'évacue pas, lui non plus, les vésicules filles ?

Ces rétentions des hydatides filles ne sont pas le seul reproche à adresser à cette méthode ; il y a aussi les rétentions hydrargyriques qui peuvent amener de graves accidents. De Saint-Germain (1) faisait publier par son interne Wilbouchewitz un cas d'intoxication mercurielle causée

(1) Revue Mensuelle, 1891.

par les ponctions. Félizet et Verneuil, (1) signalaient également un peu plus tard de véritables désastres survenus à la suite de ces ponctions, le premier pour un kyste de la rate ; dans ces deux derniers cas la mort survint très rapidement.

Aussi, devant le danger de ces rétentions hydragryriques, Juhel-Rénoy et Chauffard ont préféré employer le naphtol en solution telle que si on ne pouvait le retirer, il n'y ait pas intoxication. La solution de Juhel-Rénoy est faite à 40 centigrammes de naphtol par litre avec autant de fois 2 milligrammes de biiodure de mercure et d'iode de potassium que le malade pèse de kilogs ; cette méthode a donné les succès entre les mains de Trélat, Terrillon (2), Spillmann (3), etc. Chauffard (4) se sert d'une solution sursaturée à 1 pour 2,000, mais n'hésiterait pas à se servir d'une solution plus forte à 1 pour 100 de façon à avoir ainsi en suspension une proportion notable de naphtol précipité dont une certaine partie pourrait sans aucun danger rester déposée dans le kyste afin d'y continuer l'action parasiticide.

(1) Bulletin. Soc. chirurgie, 1893.

(2) Leçons de clinique chirurgicale. 1889.

(3) Bulletin médical, 1889.

(4) Bull. Soc. médicale, 1889.

Juhel-Rénoy (1) lui-même pour amener par son procédé la guérison d'un kyste hydatique du foie dût recourir à neuf ponctions successives en augmentant chaque fois les doses de naphtol qui débutèrent à 1 gramme 50 pour arriver à 25 grammes pour 750 d'eau dans les dernières ponctions. La poche kystique à ce moment devait donc être entièrement recouverte de naphtol qui n'a déterminé aucun accident toxique.

Merklen (2) ayant eu des accidents de stomatite mercurielle à la suite d'injection de Van Swieten préfère à cette solution les injections de naphtol.

A la suite des accidents produits par la rétention du sublimé, Balzer (3) préconisa, à la place du naphtol, le benzoate de mercure dont la puissance antiseptique est forte et le pouvoir coagulant beaucoup moins considérable que celui du sublimé. En effet, les précipités formés par ce dernier corps avec l'albumine retiennent du mercure qui est absorbé plus tard et provoque l'intoxication.

Toutes ces méthodes de ponctions avec injec-

(1) Société médicale des hôpitaux, 1890.

(2) Société médicale des hôpitaux, 1890.

(3) Société médicale des hôpitaux, 1890.

tions parasitiques, malgré leurs dangers, sont très bonnes, faites d'une manière absolument aseptique ; autrement, elles exposent à tous les dangers de la suppuration du kyste. Cependant le malade devra subir un traitement très long, si l'on se trouve en présence de kystes multiples du foie ; car il faudrait alors agir comme le veut le professeur Mesnard, de Bordeaux (1) c'est-à-dire traiter de la même façon (ponction suivie d'injection de sublimé) chaque cavité kystique pour son propre compte.

Aussi concluerons-nous avec Segond (2) que si une ponction suivie d'injections antiseptiques peut être tentée une fois, si le kyste n'est pas suppuré, et n'est pas mobile ; il doit être traité chirurgicalement le plus tôt possible, s'il est suppuré, mobile ou récidive après une ponction.

(1) Société médicale des hôpitaux, 1890.

(2) Congrès français de chirurgie, 1888.

III

TRAITEMENTS LARGES ANCIENS.

Le traitement chirurgical, c'est-à-dire par les larges incisions est des plus nouveaux, puisqu'il n'a pas un siècle d'existence. Lassus dans le journal de Corvisart critiquait vertement l'ouverture artificielle des kystes hydatiques du foie « comme une absurdité. » Récamier devait lui donner quelques années plus tard un formel démenti. Est-ce à dire que la nouvelle méthode fit de suite fureur? Nous n'avons qu'à constater dans la littérature médicale de cette époque les violentes polémiques qui se produisirent à ce sujet pour connaître la question. Ce furent les ponctions qui réunirent le plus grand nombre d'adhérents par suite de leurs succès annoncés à grand fracas.

Après ces quelques mots d'histoire, examinons les divers procédés mis en usage et d'abord leur point de départ.

La nature établissant au contact des kystes

et autres tumeurs abdominales des adhérences de ceux-ci avec les parois, les chirurgiens ont cherché par tous les moyens possibles, à amener une inflammation localisée du péritoine, tant du feuillet pariétal que du feuillet viscéral. Cette inflammation devait, d'après eux, provoquer des adhérences solides entre les deux feuillets et on pouvait alors ouvrir le kyste sans craindre que celui-ci ne laissât épancher son contenu dans la cavité péritonéale.

Le procédé le plus ancien est dû à Récamier (1825) ou plutôt au docteur Masseau. Récamier se servait de potasse caustique dont il faisait des applications successives jusqu'à la poche; puis il ouvrait celle-ci avec un gros trocart. Dolbeau préférait l'ouverture du sac au bistouri, incisant en croix, l'escharre; c'était préférable, la large ouverture permettant la sortie facile des hydatides et des lavages aussi complets que possible.

Le procédé par la potasse caustique paraissant infidèle à de certains opérateurs, Richet, Blachez, Tillaux, de Saint-Germain, etc. ceux-ci préférèrent d'autres caustiques, la pâte de Vienne, le chlorure de zinc, la pâte de Canquoin et le caustique de Filhos, mais le procédé était le même.

La préoccupation d'avoir des adhérences les

plus solides possibles entre le kyste et les parois abdominales, fait préférer à Gérin Roze (1) l'ouverture du kyste par le thermocautère favorisant davantage les adhérences.

Récamier, vers la même époque (1830), inventa un autre procédé plus connu sous le nom de procédé de Bégin et qui consiste à inciser la paroi abdominale y compris le péritoine jusqu'au kyste exclusivement, à appliquer un pansement dans la plaie et à ouvrir la poche lorsque les adhérences sont jugées assez solides. C'est ce procédé qui a reparu en Allemagne en 1877 sous le nom de procédé de Volkmann, procédé que nous examinerons plus loin.

Jobert de Lamballe crut arriver à provoquer des adhérences en fonctionnant le kyste soit une seule fois, avec un gros trocart, soit plusieurs fois avec un petit trocart et à pouvoir ainsi, sans danger, vider le kyste après incision. Ce procédé ne fit pas fortune, quoique suivi quelque temps par Dolbeau et Gallard ; car on reconnut que cette ou ces ponctions amenaient plus souvent de la suppuration du kyste que des adhérences.

Demarquay (1873) incisait la peau sur 7 à 8 centimètres de long, puis appliquait au fond de la

(1) Société médicale des hôpitaux, 1879.

plaie un morceau de pâte de Canquoin ; quand la fluctuation était manifeste, il enfonçait un gros trocart, qu'il remplaçait ensuite par une grosse canule en caoutchouc qui permettait l'écoulement du liquide et des injections iodées répétées quatre ou cinq fois par jour.

Le procédé de Richet était encore plus long et comprenait plusieurs temps : 1° ponction capillaire exploratrice en comptant sur une guérison possible ; 2° cautérisation avec la pâte de Vienne, puis avec le chlorure de zinc ; 3° quand le péritoine était atteint, ponction avec le petit trocart pour s'assurer de l'épaisseur des parties à traverser et de la solidité des adhérences ; 4° ponction avec un gros trocart, canule à demeure jusqu'au lendemain en ne vidant le kyste qu'à moitié tout au plus ; le lendemain ou même le surlendemain on remplaçait la canule métallique par une canule en gomme de même calibre ; enfin on pratiquait des injections.

Gardner (1) a beaucoup simplifié ces procédés, il se contentait après application de potasse caustique d'enfoncer un gros trocart qu'il laissait en place. Les adhérences continuaient ainsi et le liquide et les hydatiques étaient évacués facile-

(1) The Glasgow medical Journal, 1878.

ment. Il aurait eu par ce procédé 3 guérisons sur 3 cas.

Le procédé de Simon de Heidelberg (1) porte aussi le nom de procédé par la double ponction. Il consiste à introduire à 3 centimètres l'un de l'autre deux fins trocars par lesquels on laisse écouler un peu de liquide et qu'on bouche avec un fosset; deux ou trois jours après, nouvelle évacuation et quand le pus est formé, on incise le pont qui existe entre les canules.

Küster (2) a bien peu modifié ce procédé. Il fait un deuxième orifice à 5 centimètres du premier, au moyen d'un trocart courbe et il divise ensuite le pont au moyen d'un lien élastique.

Avant d'arriver au procédé de Volkmann, jetons un coup d'œil d'ensemble sur ce procédé des caustiques et les similaires. De graves défauts sont à considérer, la difficulté d'application du caustique, lequel brave le plus souvent, les douleurs très violentes qu'il provoque, l'incertitude sur l'étendue et la solidité des adhérences amenées par lui, enfin la lenteur du traitement.

On a vu aussi arriver la mort subite à la suite

(1) Von Puky. Archives de Langenbeck, 1884.

(2) Archives de Langenbeck, 1885.

d'une application de pâte de Vienne (1) tout comme dans les ponctions.

De plus la pâte caustique peut tomber sur une anse intestinale, sur une vésicule biliaire ou bien sur une péritonite suppurée d'ancienne date, limitée par des adhérences intestinales et qui lorsqu'on fait pénétrer le trocart par l'escharre, amène une péritonite suraiguë mortelle, comme dans le cas publié par Richelot à la Société de chirurgie en 1885.

Enfin, cas le plus fréquent, la pâte caustique après avoir détruit la paroi abdominale peut fort bien rencontrer au-dessous du tissu hépatique; comment celui-ci se comportera-t-il? On peut voir survenir à la suite de cette application des conséquences très graves, telles qu'abcès, phlébites, etc., avec lesquelles il faut compter.

A ces conclusions, que nous empruntons en partie à l'excellente thèse de Braine (2), nous ajouterons que nous ne voyons guère l'utilité de faire longtemps souffrir un malade pour lui enfoncer un gros trocart, qui laissera mal sortir le contenu de la poche kystique, tandis que nous pouvons le faire dès le début, comme Boinet;

(1) Desos. Soc. méd. des hop, 1875.

(2) Braine. Thèse de Paris, 1886.

nous verrons, en effet plus loin, que les adhérences sont bien fragiles dans tous les cas. Les procédés Simon et Küster que nous avons rangés dans ce chapitre, puisqu'ils cherchent, eux aussi, des adhérences, présenteraient deux avantages sur les procédés antérieurs, l'absence de douleurs violentes et un orifice assez considérable pour la sortie des hydatides.

Ces procédés doivent tous disparaître devant les méthodes rapides que nous allons étudier, la méthode Volkmann étant cependant rangée parmi les procédés lents, c'est pourquoi nous allons l'examiner à cette place.

C'est Volkmann (1) qui, suivant le procédé cher aux allemands, s'appropriä la méthode de Bégin et présenta le premier cas de guérison par l'incision large. Il avait été précédé dans cette voie par d'autres chirurgiens, Russell (2), Jarjavay (3), Ried et Brehm (4); mais les faits étaient passés inaperçus. C'est donc le « *soi-disant* » procédé de Volkmann que nous allons étudier.

Ce procédé comprend deux temps. Dans le premier, après asepsie de la peau et chloroformi-

(1) IV^e congrès des chirurgiens allemands, 1877.

(2) Archives de médecine, 1838.

(3) Gazette des hôpitaux, 1858.

(4) Deutsche Klin, 1857.

sation, on incise parallèlement au rebord costal les parties molles, péritoine, pariétal compris ; on remplit la plaie de tampons de gaze phéniquée ou iodoformée, afin d'obtenir des adhérences solides mais circonscrites aux bord de la plaie.

Dans le deuxième temps, sans narcose, lorsqu'on suppose les adhérences de la paroi kystique et de la plaie suffisamment résistantes, ce qui demande environ huit jours, on incise la poche et on évacue son contenu ; puis la cavité est lavée avec une solution d'acide salicylique ; on y place un gros drain et un pansement antiseptique. Tous les deux ou trois jours on fait des irrigations et après une semaine en général la membrane germinative se détache par lambeaux.

La plaie opératoire diminue rapidement en trois semaines environ ; mais il reste une fistule souvent qui se comble lentement. L'incision de la poche se fait, soit au bistouri, soit au thermo-cautère ; on n'emploie celui-ci que s'il y a du tissu hépatique à traverser.

Le second temps de l'opération se fait sans chloroformisation parce que le tissu hépatique est insensible et que les efforts de vomissements produits par la narcose peuvent rompre les adhérences (Volkmann).

Ce procédé, suivi un certain nombre de fois

par son auteur, Albert de Vienne, Lihotzky, Chauvel, etc., obtint de grand succès, dus en partie à la suppression de la narcose, dans le second temps, prévenant ainsi la destruction des adhérences et la difficulté de pénétration du liquide kystique dans le péritoine; grâce à la présence de ces dernières; mais surtout grâce à la méthode antiseptique non employée jusqu'alors et qui a permis ainsi à Volkmann de substituer son nom à une méthode absolument française.

Tous ces procédés chirurgicaux, quels qu'ils soient, dérivent de la même préoccupation chez leurs auteurs : éviter la pénétration du contenu du kyste dans le péritoine, grâce aux adhérences. Mais faut-il toujours se préoccuper de ces adhérences? Est-il nécessaire de chercher à les obtenir? La plupart du temps, on peut ne pas s'en préoccuper, soit qu'elles existent auparavant, soit qu'elles soient inutiles. D'ailleurs la pénétration d'un liquide kystique clair dans la cavité péritonéale n'est que peu dangereuse pour la séreuse, comme nous l'avons dit plus haut et n'amène de péritonites graves, même mortelles, que dans les cas où ce liquide est trouble ou purulent. Le liquide clair tombé dans le péritoine peut se résorber, s'enkyster même, ou bien nécessiter une ou plu-

sieurs fonctions, quelquefois même une laparotomie.

Pourquoi dès lors ne pas faire cette laparotomie d'emblée, avec toutes les précautions usuelles, sans s'attarder pour ainsi dire aux bagatelles de la porte?

C'est ainsi que nous arrivons au *traitement chirurgical moderne* suivant l'expression de Richelot, qui rangeait même dans celui-ci les ponctions suivies d'injections modificatrices que nous avons préféré placer à côté des autres ponctions pour laisser à la laparotomie et autres interventions chirurgicales nouvelles, une place digne de celle qu'elles doivent occuper à l'heure actuelle dans la science.

Nous allons donc examiner la laparotomie et les opérations qui s'y rattachent, telles que l'hépatectomie, l'énucléation, l'opération de Billroth-Delbet et nous terminerons par l'incision transpleurale. La discussion entre les ponctions modificatrices et ces opérations sera la fin de ce travail.

IV.

TRAITEMENTS LARGES RÉCENTS.

Avant d'aborder l'étude de la laparotomie et autres opérations nouvelles, il nous semble bon d'examiner en quelques lignes les diverses sortes de kystes que nous pouvons rencontrer. C'est au mémoire de Segond (1) que nous emprunterons cette classification. Les variétés de kystes que nous pouvons rencontrer sont au nombre de quatre : 1° les kystes antéro-inférieurs, justiciables de la laparotomie ; 2° les kystes antéro-supérieurs ou diaphragmatiques, pour lesquels la même opération est très praticable ; 3° les kystes postéro-supérieurs pour lesquels deux opérations sont en présence : l'incision trans-pleurale ou la laparotomie avec luxation de foie, enfin 4° les kystes postéro-inférieurs, très rares, lesquels viennent pointer au niveau de la région lombaire et pour lesquels l'incision lombaire de Villaret serait l'opération de choix.

(1) Congrès de chirurgie. 1888.

Nous examinerons avec la laparatomie la conduite à tenir en face de kystes pédiculés ou intrahépatiques, ainsi que l'opération hardie faite par Pozzi et quelques autres chirurgiens et connue sous le nom d'énucléation.

LAPAROTOMIE.

L'incision en un temps, désignée sous le nom de laparotomie, est de date toute récente, puisque ce n'est qu'en 1879 que l'exposé de la méthode Lindemann Landau parut (1). Nous emprunterons presque tout ce qui a rapport à ce procédé à l'excellente thèse de Braine (2) qui a parfaitement résumé le travail allemand et la méthode actuelle.

Dans le procédé Lindemann, on incise la paroi abdominale, péritoine, pariétal compris, on suture les bords de celui-ci avec la peau au moyen de fils de catgut fins et rapprochés. Puis on fixe la poche kystique à la paroi au moyen de deux fils de gros catguts conduits parallèlement à l'incision d'un angle de la plaie à l'autre à tra-

(1) Kirchner. Inaug. Dissertat. Berlin 1879.

(2) Braine. Loco citato.

vers la tumeur, qu'on attire ainsi au dehors. Par ce moyen on fait faire hernie à une portion du kyste et le reste s'applique contre la paroi abdominale, empêchant ainsi la pénétration du liquide hydatique dans le péritoine, lors de l'ouverture de la poche. Le kyste est alors ouvert entre les deux fils parallèlement entre eux sur la longueur de la plaie cutanée. Quand le kyste est évacué, on suture les bords du kyste aux bords de la peau.

La difficulté est de tendre les fils qui assurent seuls la fermeture de la cavité péritonéale et empêchent le passage du liquide kystique dans le péritoine. Aussi Landau (1) apporta-t-il à cette méthode des modifications sans suture préalable de la peau et du péritoine, le kyste est fixé avec un fil résistant dans les angles de la plaie, au moyen de deux sutures perpendiculaires à l'incision et plus ou moins profondes, pour éviter tout déplacement dû aux mouvements du foie. Puis par deux fils de suture non fixés, le kyste est attiré hors de la cavité abdominale, ponctionné avec une fine aiguille de Dieulafoy et enfin sectionné dans toute l'étendue de la plaie cutanée; ce qui reste du contenu s'écoule spon-

(1) Berliner Klinisch Wochenschrift. 1880.

tanément ou est épongé. Enfin la paroi du kyste est excisée le plus possible, ses bords suturés à la paroi abdominale par des points très rapprochés. On fait de grands lavages dans la cavité, on y place de gros drains et on fait un pansement antiseptique.

Cette opération est bien meilleure que celle de Volkmann qui expose à méconnaître un second kyste, tandis qu'une laparotomie complète avec examen direct du voisinage du kyste, constatation des adhérences, s'il y en a, avec les organes voisins et la palpation avec la main introduite dans l'abdomen permet presque toujours de reconnaître l'existence d'un second kyste. A égale valeur, une opération en un temps est toujours préférable et on ne peut avec la méthode de Volkmann s'attaquer aux kystes profondément placés sans s'exposer aux dangers que nous avons signalés plus haut.

L'opération Lindemann-Landau ne fut guère suivie que par Lawson Tait en Angleterre (1) et ne prit d'extension dans ce pays qu'en 1883 où Olivier (2), Knowley Thornston (3), Harrison

(1) The Lancet. 1880-1881-1882.

(2) The Lancet. 1883.

(3) Centralblatt für Chirurgie. 1883.

Cripps (1) publièrent un certain nombre de cas suivis de succès. Elle ne fut introduite en France qu'en 1885, mais elle y obtint de suite la plus grande faveur et c'est la seule méthode employée à l'heure actuelle, sans avoir subi de modifications appréciables.

Reprenons maintenant chacun des temps de cette opération pour les étudier séparément.

L'incision, peut se faire sur la ligne blanche ou bien parallèlement à celle-ci, à droite ou à gauche suivant les cas, soit plus ou moins obliquement le long des fausses-côtes. Nous ne devons pas avoir ici de préférence, ni de parti-pris; le point de l'incision sera celui où le kyste est le plus abordable, le plus en rapport avec la paroi abdominale; c'est-à-dire la partie la plus saillante de la tumeur.

L'incision, faite couches par couches, ne doit pas dépasser une dizaine de centimètres et on doit pratiquer une hémostase parfaite jusqu'au péritoine qui sera incisé avec des ciseaux sur le doigt servant de guide. Le kyste alors se présente; s'il n'existe pas d'adhérences on passe la main dans l'abdomen et l'on s'assure de l'étendue du kyste, de ses adhérences éloignées et de la présence de kystes voisins s'il en existe.

(1) The Lancet. 1886.

Est-il nécessaire de suturer le péritoine pariétal à la peau ? Nous ne le pensons pas. En effet la ponction faite avec un trocart fin aspirateur permet l'écoulement du liquide kystique et des éponges protègent le péritoine contre toute tentative d'intrusion de ce liquide. Cette protection du péritoine par les éponges rend donc inutile l'emploi de trocars spéciaux, tel que celui qu'inventa Lawson Tait et décrit dans son *Traité des maladies des ovaires*. Lorsque le kyste est affaissé, on l'attire au dehors à l'aide d'une pince quelconque, les lèvres de la plaie abdominale sont bien protégées par des éponges plates, on fixe solidement le kyste par ses angles supérieur et inférieur aux angles respectifs de la plaie cutanée, puis on retire le trocart. On sectionne alors la tumeur d'un bout à l'autre et parallèlement à l'incision cutanée, les vésicules filles et le reste du liquide sortent facilement au dehors par la large ouverture ainsi faite.

Il faut ensuite s'efforcer de diminuer le plus possible la profondeur de la cavité kystique et pour cela, réséquer la paroi avec les ciseaux autant qu'on le pourra, mais sans ouvrir de communications entre la poche kystique et la cavité péritonéale. Si l'on rencontre en chemin une lamelle de tissu hépatique, il ne faut pas re-

douter de l'inciser. Si la paroi kystique est mince ou s'il existe des plaques cartilagineuses qui pourraient couper les fils de suture, on doit faire traverser le parenchyme hépatique circonvoisin par les fils lors de la fixation du foie.

La nature du fil à suture importe peu, chaque chirurgien a ses préférences, tous sont bons, catgut, crin de Florence, soie de Czerny; le fil d'argent serait peut-être meilleur pour les sutures qui comprennent du tissu hépatique.

Le mode de suture est également indifférent, elle peut être faite à points séparés, en surjet, à points très rapprochés ou encore par le procédé de Max-Muller consistant à prendre le péritoine en même temps que la paroi kystique et la peau.

Après les sutures, il faut laver l'intérieur de la poche, avec un liquide antiseptique quelconque, eau bouillie, eau boriquée, eau faiblement phéniquée, sublimé, etc. Mais il faut bien se garder de gratter le kyste afin d'éviter que les parois ne cèdent.

Après les lavages, il ne reste plus qu'à drainer la cavité au moyen de tubes en caoutchouc vulcanisé, d'environ deux centimètres de diamètre, que l'on peut fixer pour plus de sûreté, aux bords de la plaie par un fil et appliquer un pansement antiseptique à la gaze iodoformée, ouate hydro-

phile, ouate ordinaire et bandage de corps bien serré.

Les pansements seront changés tous les jours ou tous les deux jours, suivant les cas et chaque fois on pratiquera si l'on veut, des lavages antiseptiques, surtout si l'on trouve dans les premiers pansements un liquide verdâtre à odeur fécaloïde. Il ne faut pas s'effrayer de l'odeur de ce liquide qui fait penser de suite à une fistule intestinale, ce n'est que de la bile qui s'est répandue dans l'intérieur du kyste et qui, en se décomposant, produit cette odeur fétide. Ces cas sont assez fréquents.

Dans les premiers jours l'adhérence entre le kyste et la paroi abdominale se fait, la poche diminue de façon notable et le travail de cicatrisation se fait par le bourgeonnement, sans suppuration, si l'antisepsie a été bien faite; ce bourgeonnement se fait surtout au dépens du tissu conjonctif intercellulaire. Enfin tout tend à combler la cavité.

Les sutures sont enlevées vers le dixième jour et la guérison demande environ six semaines; mais ce qui la retarde le plus, c'est souvent la formation d'une fistule consécutive à l'opération. Braine (1) pense que l'on pourrait peut-être di-

(1) Braine, loc. cit.

minuer la longueur du temps que demande la guérison de cette fistule en débarrassant les bourgeons cutanés de leur épiderme ou en réséquant un fragment de côte ou de cartilage pour rendre la paroi abdominale plus souple et plus répressible, tout comme on agit sur les pleurésies purulentes par l'opération d'Ætlander.

La laparotomie que nous venons d'étudier s'adresse aux cas ordinaires de kystes hydatiques du foie, c'est-à-dire à ceux dont le liquide est clair, limpide, eau de roche, suivant l'expression consacrée et de plus au groupe antéro-inférieur de Segond, où l'adhérence est assez intime entre la paroi et le parenchyme hépatique.

Si on se trouve en présence de kyste suppurés, la technique opératoire ne sera plus exactement la même; en effet, dans ce cas des adhérences solides existent entre le péritoine et la paroi, de sorte qu'en ouvrant l'abdomen, on ouvre du même coup le kyste et l'on n'a plus, en somme, affaire qu'à une simple ouverture d'abcès.

Un autre cas peut encore se présenter; c'est celui où le kyste volumineux est entraîné par son poids dans les parties déclives de l'abdomen; le kyste alors se trouve pédiculé. Rien n'est alors plus facile que de pratiquer l'extirpation totale. On serre le pédicule entre deux grosses pinces

de Péan, on le sectionne entre elles et on enlève le kyste de la même façon que si l'on avait affaire à un kyste ovarique; puis on rentre le pédicule dans l'abdomen. Ce procédé opératoire a donné un grand nombre de succès à tous les chirurgiens qui l'ont employé, Terrier (1), Lucas-Championnière (2), etc. Nous résumerons ainsi l'observation de Schwartz (3), qui montre la difficulté du diagnostic de ces kystes pédiculés et la nécessité de la laparotomie, soit comme méthode exploratrice pour assurer le diagnostic, soit comme méthode curatrice, en se conformant alors aux indications que l'opération fera se présenter.

OBS. I. — Malade atteint d'une tumeur du foie, séparée de celui-ci par une zone sonore, ne suivant pas les mouvements de l'organe pendant la respiration, jouissant d'une certaine mobilité latérale quand le plan musculaire était relâché, devenant immobile et prenant la consistance d'une tumeur solide de la paroi, quand le plan musculaire se contractait. Le diagnostic était donc difficile. Laparotomie faite sur le bord du grand droit. On tombe sur un kyste pédiculé; ligature et section du pédicule rattaché au bord inférieur du foie. Guérison rapide.

(1) Société de chirurgie.

(2) Id.

(3) Id. 1892.

Nous avons omis précédemment les cas où une partie du tissu hépatique se présente comme farcie de petits kystes hydatiques. Quelle sera la conduite que nous tiendrons en cette occasion ? Nous pensons qu'il serait sage de suivre la pratique de Terrillon, telle qu'il l'a employée une fois dans un cas soumis par lui à l'Académie de Médecine en 1890 et que nous résumons.

Obs. II. — Femme avec vives douleurs dans l'hypochondre droit, survenant pendant certaines périodes. Diagnostic : vésicule biliaire remplie de calculs : Une ponction exploratrice donne issue à cent grammes de liquide hydatique. La laparotomie montre qu'il s'agit d'une masse de la grosseur de deux poings, formée par une partie de tissu hépatique occupant le bord de l'organe et remplie de petits kystes hydatiques. Résection de toute cette partie par ligature élastique. Guérison.

Ce procédé, le seul, croyons-nous, qui convienne à ces cas est la véritable hépatectomie, bien plus que celle dont nous dirons quelques mots plus loin.

La laparotomie, telle que nous l'avons décrite plus haut, est à peu près la seule méthode employée à l'heure actuelle par tous les chirurgiens, pour les kystes antéro-inférieurs de foie. Cependant une méthode plus radicale, tout au moins au point

de vue de la rapidité de la guérison, vient de faire son apparition. Elle consiste à remplacer la marsupialisation des kystes hydatiques dont la guérison demande quelquefois beaucoup de temps par suite de la persistance d'une fistule, par un capitonnage qui permet de réduire le kyste, une fois refermé, dans l'abdomen et à saturer la plaie abdominale. Knowley Thornston en 1883, Billroth en 1892, ouvraient et vidaient la poche, puis y injectaient une émulsion d'iodoforme et suturaient le sac ainsi que la paroi abdominale.

En deux ou trois semaines la guérison se faisait par première intention; Billroth aurait eu ainsi cinq succès sur cinq cas traités de cette façon. Delbet (1), emploie un procédé différent. Il ouvre la poche et enlève toutes les vésicules filles et la visicule mère qui se laisse ordinairement assez facilement détacher. Reste la membrane adventive, doublée d'une couche plus ou moins épaisse du tissu dans lequel le kyste s'est développé; il en pratique le capitonnage, lorsque l'épaisseur de cette paroi est telle qu'on ne puisse la voir se rétracter. Ce capitonnage doit se faire avec des aiguilles très courbes, qu'on fait entrer et sortir successivement par la même face de la même

(1) Académie de Médecine, 1896.

paroi. Delbet conseille de se servir de préférence de très gros catguts qui ont l'avantage de ne pas couper les tissus. On aura soin d'enfoncer l'aiguille profondément dans la paroi de manière à rompre dans l'anse de catgut une épaisse couche de tissus. On peut ainsi faire plusieurs séries de capitons et arriver à combler la cavité du kyste.

Delbet n'a appliqué ce procédé qu'une fois; mais il s'agissait d'un kyste volumineux contenant plus de deux litres de liquide et de nombreuses hydatides filles. Le résultat a été parfait, la guérison obtenue en quinze jours et au bout d'un mois, la poche était assez rétractée pour être devenue à peine sensible.

Ce résultat est superbe; mais n'ayant que ce seul cas pour juger de la valeur de ce procédé, nous n'émettrons aucune appréciation sur lui; l'avenir se chargera d'en faire.

Les kystes de la variété antéro-inférieure que nous venons d'examiner sont les plus accessibles; mais ceux de la variété antéro-supérieure sont plus difficiles à aborder, par suite de la présence des côtes; c'est le traitement de ces derniers que nous allons étudier. Nous emprunterons une partie de cette étude à la thèse de Potherat (1).

(1) Potherat, loc. cit.

Deux cas peuvent se présenter : ou le kyste est intra-hépatique, ou bien il n'est que partiellement inclus.

Si le kyste est intra-hépatique, nous devons sectionner le foie sans crainte ; les lambeaux de cet organe qui recouvrent le kyste sont en général assez minces et les incisions du foie ne sont pas dangereuses (Tillmann, Klöb, Segond, Knowley Thorston, Lawson Tait). L'hémorrhagie capillaire qui s'ensuit n'amène aucune complication, des pinces, des sutures rapprochées assurant l'hémostase et s'il arrive des vomissements, les fils ne cèdent pas, le tissu hépatique étant assez résistant ; d'ailleurs, si cette hémorrhagie était difficile à arrêter, le thermo-cautère rendrait de grands services.

Ces kystes intra-hépatiques ne sont pour ainsi dire que des abcès du foie, aussi doit-on les traiter de même façon. Après être arrivé sur le foie, on ponctionne celui-ci à travers le tissu et on ouvre alors au bistouri, le trocart servant de guide. Mais le foie est mobile et suit les mouvements respiratoires, de sorte que le contenu du kyste peut se vider dans l'abdomen, au moment de l'ouverture de sa cavité. Aussi Segond fixe-t-il le foie par un fil passé à travers la capsule de Glisson et Campenon agit-il de même, en se servant d'une

série de points de suture comprenant la capsule de Glisson d'une part et le pourtour de l'incision abdominale de l'autre. Puis on évacue complètement le contenu du kyste, on le draine et on fixe les bords de son ouverture avec le tissu hépatique à la paroi abdominale (Reclus, Lawson Tait). On pourrait aussi faire la ponction du kyste et la suture à la paroi avant l'ouverture large; on empêcherait ainsi, au moment de l'opération, le contenu du kyste de tomber dans la cavité péritonéale et en même temps on s'opposerait au moment des efforts, à la sortie, hors de l'abdomen, de l'intestin ou de l'épiploon. La suture du foie à la paroi abdominale, ne déchire pas le tissu hépatique; quand elle est bien faite, malgré les affirmations de Chauvel.

Le kyste peut n'être que partiellement inclus, avons-nous dit; mais il peut l'être de deux façons; ou bien la paroi libre est en rapport avec la paroi abdominale et on doit faire une laparotomie ordinaire avec résection de la poche; ou bien le kyste prédomine vers la face inférieure du foie, de sorte qu'il est recouvert par une languette de tissu hépatique. Dans ce cas, il faut alors pratiquer l'hépatotomie et évacuer la poche; mais comme il reste dans celle-ci un arrière fond très déclive et dans de mauvaises conditions d'écoulements,

il faut réséquer la partie de tissu hépatique, située au-dévant; c'est l'hépatectomie, telle que l'ont faite Lawson Tait et Segond (1), avec le plus grand succès.

Les kystes antéro-supérieurs sont très souvent intra-hépatiques, aussi, pourrait-on, si l'on a affaire à un kyste petit, penser à son « *énucléation* » comme l'a fait Pozzi (2). La femme, que ce chirurgien opéra, portait un kyste du lobe gauche du foie qui fut incisé et évacué; mais ce kyste recouvert par la substance hépatique sur la face supérieure se prolongeait sur la face inférieure en une poche très mince que l'on ne pouvait sans danger suturer au bord de la plaie. Son petit volume donna l'idée à Pozzi de pratiquer l'extirpation complète qui fut pénible. La couche hépatique épaisse de deux centimètres fut incisée et après l'énucléation, les sutures furent faites suivant la méthode employée par ce chirurgien et qui consiste à suturer d'abord le péritoine seul, puis les aponévroses, enfin les parties molles. Les deux premiers plans sont faits au surjet de catgut, puis ce sont des points isolés de catgut ou de soie phéniquée pour réunir les deux tissus sous-ja-

(1) Société de chirurgie, 1887.

(2) Congrès français de chirurgie, 1888.

cents. Les cicatrices ainsi obtenues sont, d'après ce chirurgien, linéaires et très résistantes.

Cette opération, telle que l'a décrite Pozzi, avait déjà été pratiquée en Angleterre et en France, par Lawson Tait (1), Lucas-Championnière (2), Whitehead (3), et fut suivie par Bruce et Clark (4), qui obtint quatre succès sur quatre cas. Marchand (5) fut réduit à faire cette énucléation, la paroi du kyste étant incrustée de sels calcaires et ne pouvant revenir sur elle-même. Tausini (6), fit également une extirpation totale d'un kyste hydatique, accompagnée d'une résection du lobe gauche du foie. Ricard (7), enfin pratique la dernière énucléation connue de nous.

Cette opération n'est bonne que pour les kystes petits, uniloculaires, dont la paroi n'est pas trop chitineuse ou trop friable, s'il n'y a pas d'adhérences intimes avec l'intestin et s'il n'y a pas de gros vaisseaux à couper dans un méso, par crainte de sphacèle de l'intestin. Nous voyons donc

(1) Braine, loco citato.

(2) Bull. de la Société de chirurgie, 1885.

(3) Manchester royal infirmary, 1886.

(4) Britisch médical Journal, 1893.

(5) Bull. Société de chirurgie, 1893.

(6) Riforma medica, 1893.

(7) In Vigueron, thèse de Paris, 1895.

que cette méthode ne saurait être réalisée, ces contre-indications existant très souvent dans les kystes hydatiques du foie et une dissection un peu longue en plein tissu hépatique, que nous savons si saignant, sur un kyste à la surface duquel rampent souvent de gros vaisseaux (Dolbeau-Davainne), ne présentant que des dangers. Aussi jugeons-nous qu'une simple laparotomie est beaucoup plus prudente à moins de cas exceptionnels.

Est-il toujours facile d'aborder les kystes de cette variété antéro-supérieure ? Nous ne le pensons pas, pour peu qu'ils proéminent du côté de la face convexe du foie. Doit-on suivre l'incision recommandée par Wolkmann, c'est-à-dire suivre le rebord des fausses côtes ? Landau recommande ce manuel opératoire ; mais il fait basculer tout l'organe en le luxant et le fixe dans cette nouvelle position. Cette méthode peut être applicable pour les kystes de la variété antéro-supérieure pure, rares en vérité, et ne peut l'être pour les kystes qui empiètent sur la face postérieure, le kyste dans ce cas étant intimement uni au diaphragme, d'où impossibilité d'arriver jusqu'à lui.

Il vaudrait donc mieux suivre l'avis de Lannelongue (1), et faire la résection du bord inférieur

(1) Congrès français de chirurgie, 1889.

du thorax ; en réséquant toute la partie cartilagineuse de celui-ci, on ne lèse ni le diaphragme, ni la plèvre et l'on obtient ainsi une voie plus directe pour atteindre la partie antéro supérieure du foie. On pourrait même, d'après ce professeur, recoller le péritoine du diaphragme et aller ainsi atteindre, à la faveur de cette brèche costale, la partie culminante de la face convexe. Il aurait ainsi ouvert trois abcès tuberculeux de la face supérieure du foie. Pour Boeckel (1), ces kystes antéro-supérieurs sont rares et d'un diagnostic difficile, malgré les affirmations de Frerichs et Lawson Tait qui attachent une grande importance aux signes fournis par la percussion et la fluctuation. Ils offrent un certain danger par suite du soulèvement du diaphragme, de l'atélectasie pulmonaire et de la rupture possible du kyste dans le péricarde ou la plèvre. Le seul signe certain de leur existence est une ponction exploratrice laquelle est souvent suivie d'urticaire. Boeckel donne le conseil d'ouvrir les kystes de cette variété aussi haut et aussi en avant que possible pour ne traverser ni la plèvre, ni le péritoine. On résèquerait un fragment de la septième côte, plutôt que de la huitième ou de la neuvième

(1) Boeckel. Gazette hebdomadaire, 1889.

et on aurait grandes chances d'éviter le péritoine ; si le fragment est pris entre la ligne axillaire et la ligne mamillaire, on ne blessera pas la plèvre. La déclivité de l'incision n'est pas nécessaire, le kyste se vidant par rétraction de ses parois et pression élastique de ses organes voisins. Cependant, comme on n'est jamais sûr de ne pas rencontrer les séreuses, il faut inciser couche par couche et si l'on reconnaît une des cavités, il faut procéder par sutures, comme on le fait d'ordinaire.

Nous voyons donc que pour ces kystes antéro-supérieurs, c'est encore à la laparotomie avec ou sans résections costales que l'on a recours, bien que quelques-uns aient été traités par l'incision transpleurale, mais par suite d'erreur de diagnostic, erreur des plus faciles d'ailleurs, tel le septième cas de guérison que Boeckel publiait ainsi et où il fit l'incision transpleurale d'un kyste antéro-supérieur du foie qui avait été diagnostiqué : empyème.

INCISION TRANSPLEURALE.

Les kystes postéro supérieurs sont les plus fréquents après ceux de la face antéro-inférieure

du foie, mais d'un accès bien plus difficile que ceux-ci. Deux voies ont été suivies jusqu'à eux, l'incision antérieure et l'incision transpleurale. La laparotomie, telle que nous l'avons décrite plus haut, en y joignant la bascule de Landau, ne permet guère de les atteindre. Peut-être serait-on plus heureux en suivant la voie préconisée par Bœckel (1), quoiqu'en doutant beaucoup. Cet opérateur pense que ces kystes postéro supérieurs se développent surtout dans cette partie du bord postérieur du foie qui est dépourvue de revêtement péritonéal, de sorte qu'on pourrait les aborder en passant en haut et en avant, sans ouvrir ni plèvre, ni péritoine. Nous avons vu ce procédé dans le chapitre précédent. Treves (2), a observé un cas de rupture extra-péritonéale d'un kyste hydatique de la face convexe du foie, qui serait d'accord avec cette opinion.

Quoique cette opération puisse être tentée pour quelques cas de kystes postéro-supérieurs, c'est surtout à l'incision transpleurale que l'on a recours aujourd'hui.

L'incision transpleurale fut imaginée en 1879, par Israël (3), de Berlin, qui la faisait en trois

(1) Bœckel, loc. cit.

(2) Bulletin médical, 1887.

(3) VII^e congrès des chirurgiens allemands.

temps. Dans le premier temps, il incisait la paroi y compris la plèvre pariétale, après résection d'un fragment costal de deux centimètres environ et bourrait la plaie de gaze phéniquée ou iodoformée. Dans le second temps, il incisait le diaphragme, ouvrait la cavité péritonéale et rebourrait la plaie de gaze antiseptique, enfin dans le troisième temps, il ouvrait le kyste. Entre chacune de ces interventions, il laissait un intervalle de huit jours, afin de donner aux adhérences le temps de se produire.

Cette méthode fut suivie par Genzmer de Holle (1) qui fit cette opération en un temps après de larges résections costales, par Bulau de Hambourg (2), Herlich (3), Owen en Angleterre (4). Tous ces chirurgiens opérèrent les uns avec succès, les autres avec insuccès; aussi n'est-ce qu'en 1888, que Segond (5) publia deux observations de malades opérés par la nouvelle méthode et guéris, il recommandait beaucoup l'incision en un seul temps des deux séreuses, suivant l'indi-

(1) VII^e congrès des chirurgiens allemands.

(2) Centralblatt für chirurgie, 1885.

(3) Société de médecine interne de Berlin, 1886.

(4) British medical Journal, 1887.

(5) 3^e congrès français de chirurgie, 1888.

cation de Segond, Maunoury, Bœckel (1) et bien d'autres chirurgiens firent l'opération en un temps, avec ou sans résections costales, d'après l'écartement des espaces intercostaux, et cette méthode que tous les chirurgiens emploient à l'heure actuelle.

L'incision des parties molles se fait ou sans résections costales, puis vient l'incision du diaphragme, la ponction du kyste, l'ouverture de celui-ci au bistouri, enfin la suture de ses parois aux lèvres de l'incision cutanée.

Malgré toutes les précautions prises, on n'a pu dans des cas malheureux, éviter la pénétration du liquide kystique dans la cavité pleurale et la mort survenait rapidement par pleurésie septique, comme dans un cas de Maunoury.

Si par hasard la cavité kystique communiquait avec les bronches, il ne faudrait faire que très peu de lavages après l'évacuation du liquide hydatique et même s'en abstenir. Il vaudrait mieux se contenter de bien essuyer la paroi à l'aide d'éponges montées antiseptiques et bourrer modérément la cavité pendant quelques jours à l'aide de gaze salolée, la gaze iodoformée pouvant offrir des dangers d'intoxication (2). Cet épongeage ou

(1) Bœckel. Gazette hebdomadaire, 1889.

(2) Bergada, thèse Paris, 1889.

ce tamponnement, sont, en effet, bien préférables aux lavages antiseptiques, les liquides employés pouvant pénétrer dans les bronches et donner lieu à des accidents mortels.

Examinons maintenant les avantages et les inconvénients de cette incision transpleurale. Pour nous aucun doute n'existe, c'est à l'opération en un temps que nous donnerons la préférence, elle a pour elle la rapidité qui n'existe pas dans le procédé d'Israël puisqu'il faut environ quinze jours ; de plus par cette méthode d'Israël la plaie opératoire est susceptible d'être infectée avant l'ouverture du kyste. La résection costale ne complique, ni n'allonge l'opération ; elle donne un large orifice par lequel on peut facilement faire la toilette des surfaces voisines de la plèvre et du péritoine et l'on a une ouverture suffisante pour passer de gros drains qui évitent la formation d'une fistule de longue durée.

Ces conclusions que nous empruntons presque en entier à la thèse de Bergada ne sont pas tout à fait d'accord avec celles de Canniot (1). Celui-ci pense que malgré les résections costales, on découvre insuffisamment la face convexe du foie et qu'un second kyste moins saillant que le

(1) Canniot. Thèse Paris, 1889.

premier peut passer inaperçu. Ce reproche peut être très vrai ; mais quelle est l'opération idéale qui permettrait d'aborder ces kystes ? Nous n'en connaissons pas ; le procédé de bascule de Landau, celui de Bœckel ne permettant pas davantage d'examiner la face postéro-supérieure du foie.

Aussi concluerons-nous dans le même sens que Bergada, c'est-à-dire en cas de kystes hydatiques postéro-supérieurs, fait l'émission transpleurale en un temps.

V

DISCUSSION.

Nous venons de passer en revue les divers modes de traitements que l'on a appliqué aux kystes hydatiques du foie et nous avons vu que deux méthodes seules restaient à l'heure actuelle en présence, les ponctions suivies d'injections modificatrices et les incisions abdominales ou transpleurales en un temps.

Entre ces deux méthodes qui ont leurs partisans convaincus, laquelle choisir en présence d'un kyste hydatique du foie? Certes, la plus à la portée de tous les médecins, est la ponction; tout le monde ayant sous la main un appareil aspirateur quelconque et la facilité de l'opération étant extrême; mais cette ponction est-elle véritablement une méthode de traitement sûre et n'offrant aucuns dangers. Nous ne le pensons pas et nous ne voulons pas revenir sur ce sujet que nous avons examiné au chapitre des ponctions.

Il nous reste cependant à voir si un diagnostic exact peut être porté sur la multiplicité des kystes hydatiques du foie par nos moyens actuels d'investigation. Nous pensons que ces moyens ne nous permettent pas de l'établir ; tout ce que l'on peut savoir, c'est qu'il existe un kyste hydatique, mais quelle est la nature du liquide qu'il renferme, savoir s'il est multiloculaire, s'il existe de nombreuses hydatiques filles ? Rien ne peut l'indiquer et alors que fera la ponction, même exploratrice, afin de recueillir de plus amples renseignements ; ce serait, pensons-nous, d'une pratique peu en rapport avec ce que nous savons à cette heure des inconvénients et des dangers réels de la ponction. Si nous mettons les choses au mieux, si nous prenons un kyste uniloculaire, la ponction évacuera tout le liquide, tuera les hydatides filles, mais que deviendront celles-ci et l'hydatide mère ? Elles resteront comme corps étrangers, avec des accidents possibles comme nous l'avons vu plus haut. Si l'on se trouve en présence d'un kyste uniloculaire, à poches communiquant mal ensemble, rien ne se passera de cette façon et outre qu'il n'y aura pas de guérison, il pourra passer une certaine quantité de liquide hydrargyrique dans les autres poches, d'où on ne pourra le retirer et où il pourra provoquer des accidents d'intoxication.

Ces cas désastreux que nous avons cités plus haut au chapitre des ponctions, sont suffisamment éloquents pour détourner les chirurgiens d'une pratique qui, sous l'apparence la plus bénigne, cache des dangers réels, sans compter tous les désagréments et tous les ennuis que la ponction réserve à ses partisans, tels que l'écoulement du liquide dans le péritoine, les ponctions blanches, etc.

De plus est-il possible de diagnostiquer toujours un kyste hydatique? L'erreur est des plus faciles, tout peut le simuler, les diverses affections des organes voisins, épiploon, rein, rate, mésentère (Labbé, Terrier), poumon, des affections liquides ou solides du foie lui-même, quelques affections inattendues comme l'ascite et les abcès par congestion. Mais c'est surtout avec les kystes de l'ovaire et les épanchements pleurétiques que le diagnostic est des plus difficiles, suivant que le kyste hydatique s'est développé à la face inférieure ou à la face supérieure de l'organe.

Nous citons précisément dans nos observations (obs. XVI) un cas très rare, croyons-nous, d'erreur de diagnostic, où une hépatoptose fut prise pour un kyste hydatique, une appendicite, une typhlite. A quoi donc eut servi dans ce cas une ponction, même exploratrice?

Certes, quelques cas de guérison ont pu être

publiés ; mais en général ces malades ainsi guéris étaient perdus de vue dès que la tumeur avait disparu. Or ces guérisons étaient peut-être trompeuses et les kystes continuaient sourdement leur évolution pour venir s'offrir au chirurgien, tandis que le premier médecin traitant comptait ces cas comme des succès pour les ponctions.

Nous venons d'examiner les ponctions, voyons maintenant la laparotomie.

Ici nous serons absolument de l'avis de M. Richelot (1).

Comment savoir si un kyste est simple autrement que par une opération qui permet de le voir et de le toucher du doigt ? Si la présence du kyste est aisément soupçonnée ou reconnue, le diagnostic de sa forme, de son volume, de ses connexions est en général très obscur. Il peut être impossible, même après son évacuation, de s'en faire une idée bien exacte. Aussi le bistouri n'agit-il pas à l'aveugle comme les trocarts... Mais où l'incision franche devient intéressante, c'est quand elle permet d'attirer au dehors un kyste saillant hors du parenchyme et de le réséquer largement, ou bien encore de l'atteindre dans l'épaisseur du foie en traversant une lame de

(1) Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie, 1885.

tissu hépatique et de suturer la poche et le foie lui-même à la plaie abdominale. Cette méthode offre le triple avantage de protéger parfaitement le péritoine contre l'effusion du liquide, de réduire le kyste au plus petit volume possible et de rendre facile son traitement antiseptique, d'où la guérison plus sûre et plus rapide.

La laparotomie n'est pas une opération grave, moins peut-être que la ponction qui peut avoir, comme nous l'avons vu, des conséquences terribles ; de plus c'est une méthode curative. Comme les ponctions se renouvellent souvent, le malade dépérit et il est donc bien préférable de vider d'emblée tout le contenu du kyste par une large ouverture. De plus les kystes multiloculaires sont seuls accessibles par la laparotomie, la ponction étant aveugle.

Le dernier avantage de cette méthode est la rapidité de la guérison qui demande environ six semaines, bien qu'elle soit assez souvent retardée par une fistule consécutive à l'opération, fistule dont nous n'avons noté la présence dans aucune de nos observations.

La laparotomie permet encore l'élimination de la vésicule mère et par conséquent évite la reproduction d'un nouveau kyste, ce que la ponction n'empêche nullement.

Si le kyste est petit, il ne faudra pas lui faire subir de traitements inefficaces et l'opérer de suite, l'attente pouvant lui permettre de prendre un accroissement notable très rapide, qui créerait des désordres irréparables dans le tissu hépatique.

Si l'on a affaire à un kyste ouvert dans les bronches, le seul traitement permettant la guérison, sera l'incision large, car que viendraient faire dans ce cas une ou plusieurs ponctions ?

Enfin si une ponction exploratrice ramène du pus ou du liquide séro-purulent, la seule indication immédiate sera l'incision large. Si l'état grave du malade ou si des accidents péritoniques éclatent, ce sera encore à la laparotomie complète, faite le plus rapidement possible qu'il faudra demander des chances de guérison.

De plus chez l'enfant, la laparotomie est l'opération de choix, puisque nous voyons que sur douze observations réunies dans la thèse de Duval (1) six cas furent traités par la ponction et l'injection antiseptique, les six autres par la laparotomie. Pour les six cas de kystes traités par la ponction, il y eut trois guérisons, deux morts et dans le dernier après avoir ponctionné trois fois,

(1) Duval. Thèse Lille, 1894.

il y eut suppuration et incision large. Pour les six cas traités par la laparotomie, tous ont guéri. La conclusion de ces faits se tire de leur examen.

Nous voyons donc que l'incision large est bien préférable aux ponctions et qu'elle offre un grand nombre d'avantages que nous résumerons en quatre termes : diagnostic précis du siège du kyste ; issue facile de tout le contenu du kyste, y compris la membrane germinative ; absence de suppuration, si souvent amenée par les ponctions ; enfin absence de péritonite.

OBSERVATION III (Personnelle).

M. B. Frédéric, bijoutier, 44 ans (1892).

Il y a sept ans, douleurs articulaires.

Le malade, n'ayant jamais souffert, ne sait pas précisément quand il a commencé à s'apercevoir qu'il portait une grosseur à la région épigastrique ; mais il pense qu'il y a au moins six ans. Cette grosseur a augmenté sans donner lieu à d'autres symptômes douloureux que des coliques légères et ce n'est que par hasard qu'un médecin découvrit un kyste hydatique.

A l'examen fait à l'hôpital, le malade n'accuse aucune douleur, mais présente au creux épigastrique une saillie médiane, mobile, fluctuante, du volume d'une tête d'enfant dont on peut apprécier dans la profon-

deur les faces latérales. La face antérieure semble bilobée par la ligne blanche. Cette tumeur mate à la percussion semble se continuer à droite avec le foie qui est volumineux et dont on sent le bord saillant à travers le doigt en dessous du rebord costal.

Opération. — Laparotomie médiane susombilicale. — Pas d'adhérences. — Le kyste est ouvert et il en sort une grande quantité d'hydatides, mais sans liquide. Une partie de la poche est réséquée, et une suture circulaire faite. La poche était grande comme un poing et demi, la surface antérieure qui était d'aspect fibreux fut énucléée; mais le fond incorporé au foie fut respecté.

Les suites de l'opération furent nulles.

OBSERVATION IV (Personnelle).

M. P. Florentine, brunisseuse, 25 ans (1892).

Père mort d'une affection hépatique.

Mère et sœur tuberculeuses.

La malade eut des accidents strumeux à plusieurs reprises. Il y a un an, elle dit avoir ressenti tout à coup une vive douleur dans le bas-ventre; celle-ci disparut pour faire place à des douleurs réitérées et plus fortes dans la région du foie et l'épaule gauche.

A ces douleurs vinrent se joindre, quelque temps après, une céphalée continuelle et de violentes dou-

leurs d'estomac après le repas; le dégoût des aliments gras était assez prononcé.

A l'examen, le foie déborde de près de trois travers de doigts les fausses-côtes et au niveau du muscle grand droit, on constate une tumeur rénitente assez volumineuse. Une ponction exploratrice donna un liquide clair et l'opération fut décidée.

Opération. — On fait une laparotomie médiane et on trouve une bosselure du volume d'une grosse pomme qui représentait un kyste hydatique intra-hépatique.

On fit une ponction qui fit sortir quatre litres d'un liquide teinté en jaune par la bile; puis la poche avec une partie du tissu hépatique fut fixée à la paroi abdominale. Lavage, extirpation de la vésicule mère jaunée par la bile, pas de filles. Epongeage et injection de sublimé. Drainage.

La poche très vaste se continuait vers la convexité sous le diaphragme.

Les suites furent nulles.

OBSERVATION V.

D... Eugène, journalier, 33 ans (1892).

Le kyste paraît remonter à l'âge de 11 ans (?). A cet âge le malade souffrant de douleurs à la région épigastrique aurait constaté à cet endroit une légère tumeur.

Pas de dyspepsie, ni de vomissements. A de très

longs intervalles le malade a des crises douloureuses avec sensation d'étouffement et d'oppression.

A l'âge de 18 ans, le malade entre dans le service de M. Cusco qui diagnostique un kyste hydatique, ponctionne la tumeur et en retire un liquide jaune citron, clair; le malade quelque temps après quittait l'hôpital avec son kyste. Il y a six ans, nouvelles crises douloureuses avec angoisse respiratoire, ces crises s'accompagnent de teinte subictérique des conjonctives et de la face, qui disparaît au bout de deux à trois jours. Ces crises se renouvellent une à deux fois par an depuis cette époque.

Depuis un an environ, les crises augmentent de nombre puisqu'il y en a eu quatre cette année, et que l'ictère, une seule fois, a duré cinq jours. Depuis les digestions deviennent pénibles et le malade a du dégoût pour la viande; les vomissements sont rares. A l'examen de la région épigastrique, la palpation fait reconnaître une tumeur du volume du poing, très mobile, adhérente à la peau sur une petite étendue, à cause des douleurs occasionnées à la pression. En contournant la tumeur on ne peut atteindre le foie qui ne déborde pas les fausses côtes.

Opération. — Incision susombilicale. Adhérences circonscrites au milieu de la bosselure qui permettent après une ponction inutile, les vésicules obstruant le trocart, d'inciser franchement le kyste avant d'entrer dans le péritoine.

Evacuation longue et difficile de nombreuses vésicules flétries, et mortes avec très peu de liquide, les unes blanches, *les autres jaunies de vieille bile et d'une fétidité particulière*; pas de pus. L'évacuation terminée injection de sublimé. Puis, après pénétration dans le péritoine en rompant les adhérences épiploïques qui entourent la poche, section et ligature de l'épiploon en plusieurs faisceaux. Le kyste libéré, on remarque que c'est une poche fibreuse dont le tiers environ est en dehors du parenchyme, cette partie est attirée, suturée circulairement, puis réséquée dans tout ce qui dépasse de la poche et enfin drainée.

Dans ce cas, il y a donc eu résection partielle, d'un quart environ de la poche.

Les jours suivants, il coula beaucoup de bile, mais après plusieurs pansements soigneusement faits, l'écoulement se tarit et le malade guérit parfaitement.

OBSERVATION VI

V... Marie, 24 ans (1892).

Entre pour la troisième fois dans le service, où elle a été opérée une première fois pour un kyste hydatique du foie, et la seconde pour une salpingite double ayant nécessité l'ovariotomie.

Son nouveau kyste du foie remonterait à six ou huit mois. Peu de gêne de la respiration; troubles gastriques, mauvaises digestions.

A l'examen, on trouve dans l'hypochondre droit, une saillie fluctuante à droite de l'ancienne cicatrice du kyste et une autre saillie pareille à gauche de la même cicatrice.

Il semble qu'on se renvoie le flot de l'une à l'autre, comme s'il y avait une nouvelle poche hydatique passant sous la cicatrice et débordant de chaque côté.

Opération. — 1^o Incision verticale sur la bosse droite. Entré dans un petit kyste hydatique gros comme une mandarine qui se vide et dont la membrane unique et sans filles, s'élimine facilement. Le liquide coule à l'extérieur sans entrer dans le péritoine, parce que la poche adhère à la paroi abdominale dans la zone de l'ancienne cicatrice.

2^o Même opération sur la bosse gauche avec cette différence que la cavité est beaucoup plus profonde, s'enfonce dans le foie à la profondeur du doigt ; mais d'ailleurs tout identique.

Les deux poches furent suturées à la paroi et drainées.

Quarante jours après, la malade quittait l'hôpital paraissant bien guérie et tout oblitéré.

OBSERVATION VII

C... Marie, concierge, 28 ans (1892).

Depuis deux ans, la malade accuse à la région épigastrique une pesanteur continuelle, accentuée après le repas et une gêne de la respiration, surtout lorsqu'elle

est couchée sur le côté. Pas de vomissements, mais dégoût des aliments.

D'après la malade, un ictère, d'une durée de trois mois, serait survenu il y a environ six mois, suivi d'un urticaire généralisé de courte durée.

A l'examen, on remarque une tumeur bien accentuée siégeant dans la région épigastrique à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic et non fluctuante. Cette tumeur rénitente et plate, occupant l'épigastre, descend à mi-chemin de l'ombilic et continue le foie. Une ponction faite quelques jours auparavant avait donné un liquide eau de roche.

Opération. — Laparotomie sus-ombilicale. La surface du kyste est d'apparence fibreuse, très unie au tissu hépatique, énuclée en partie, mais trop fixe pour être attirée au dehors et réséquée. Évacuation imparfaite avec inspiration (500 grammes de liquide), la membrane bouchant toujours. Incision, extraction de la vésicule mère, suture à la paroi, drainage. Il existait une cavité assez profonde dans la direction du foie (12 à 15 centimètres).

Il n'y eut pas de résection.

Suites opératoires nulles.

OBSERVATION VIII

L... Joséphine, bijoutière, 27 ans (1892).

La malade subit une première opération pour un kyste hydatique il y a trois ans.

Depuis un an, elle a remarqué l'augmentation graduelle du volume de l'abdomen et de la gêne de respirer.

A l'examen, on remarque un foie très volumineux débordant les fausses côtes dans l'hypochondre droit. On sent nettement une tumeur arrondie bosselée. Il n'y a ni ascite ni circulation collatérale, ni ictère, ni œdème des membres inférieurs.

Le diagnostic fut ainsi porté : kyste hydatique sous-hépatique à droite et fut vérifié par l'opération.

L'incision fut faite sur l'ancienne cicatrice, la poche ponctionnée immédiatement au-dessous du bord antérieur du foie ; il n'y eut pas de résection à faire. La poche, qui était simple, fut suturée à la paroi, incisée et évacuée ; elle contenait environ 400 grammes d'un liquide opalescent. La vésicule mère fut éliminée par lambeaux, il n'y avait pas de filles.

Suites opératoires nulles.

OBSERVATION IX

A... Marie, 30 ans (1892).

Depuis six ans la malade se plaint de douleurs dans l'hypochondre droit, continues, irradiées vers l'épaule droite. Il y a cinq mois, ictère. Les douleurs continuent, avec dégoût des aliments, sans vomissements. Il n'existe pas d'ictère, ni d'œdème.

A l'examen, on ne trouve pas de rein mobile (diagnostic du médecin traitant), mais un gros foie débordant.

dant avec forme normale, douloureux, sans aucune saillie fluctuante. Aucun diagnostic n'était possible, puisqu'il n'y avait que de la douleur à droite. Une seule indication était possible : la laparotomie exploratrice ; en effet pour faire une ponction exploratrice, il n'y avait aucun guide, le foie était mobile ; le trocart entrerait donc dans le tissu du foie, ferait peut être une hémorrhagie et de toutes façons il n'y avait aucun indice d'un endroit malade à explorer. La laparotomie fut donc décidée.

Opération. — Laparotomie sus-ombilicale. Foie très volumineux, mais normal dans toute la partie découverte, aucune tumeur ; il n'est pas en ptose. Il est réellement gros, car la main suit la face antérieure et trouve sa convexité très haut ; mais la main explorant la face inférieure, à droite de la vésicule petite et normale, trouve au fond, en arrière et à droite une grosseur surajoutée au foie en continuité avec lui, rénito fluctuante et solidement adhérente à la paroi, c'est-à-dire au diaphragme au niveau des côtes. A ce moment le diagnostic se posait ainsi : poche kystique probable, adhérente, et à siège anormal : *extrémité droite, bord postérieur et convexité.*

Alors, prenant pour guide un doigt qui est dans le ventre, la paroi costale est incisée. Les deux lèvres de l'incision sont suturées à la plaie musculaire extra costale pour oblitérer la plèvre et sous le diaphragme dans des adhérences fibreuses la poche est enfin ouverte ; il

en sort un nombre inouï d'hydatides, du liquide longtemps et une grande vésicule mère par lambeaux. Dans la grande poche dont le fond ne peut être atteint par le doigt, une injection de sublimé est faite et l'évacuation a lieu patiemment. Un drain est placé dans le kyste et la plaie de la laparotomie recousue.

L'opération excellente dura deux heures. Les suites en furent absolument nulles.

OBSERVATION X

F... Héloïse, journalière, 60 ans (1893).

Il y a une dizaine d'années, la malade s'est aperçue qu'elle avait une grosseur du volume d'une noix très mobile située au-dessous des cartilages costaux du côté gauche à peu de distance de la ligne médiane. Parfois elle remontait derrière ces cartilages.

État actuel. — La tumeur a le volume d'une grosse tête de fœtus, elle est très fluctuante, mobile ; elle est située au milieu et un peu à gauche, dans les régions épigastrique hypochondriaque gauche et ombilicale. Il existe quelques petites douleurs, mais beaucoup d'inquiétude de la part de la malade. Le diagnostic est absolument incertain : a-t-on affaire à un kyste du mésentère ? à un kyste de l'épiploon ? à un kyste du foie ? C'est ce dernier qui rallie les suffrages malgré l'assez grande mobilité de la tumeur.

Opération. — Incision médiane sus-ombilicale, des-

cendant un peu au-dessous de l'ombilic. On tombe sur la surface du foie et sur son bord antérieur, où l'on sent une masse convexe, fluctuante. Des éponges sont placées circulairement et une ponction est faite avec un gros trocart, par manque d'appareil aspirateur de Potain ; il sort un grand nombre d'hydatides, la plupart flétries, avec un liquide louche, puriforme, à odeur sui generis. La poche se vide bien en s'aplatissant, ses limites sont facilement senties par le doigt ; une injection de sublimé est faite dans son intérieur et évacue la vésicule mère par grands lambeaux et les hydatides filles en totalité. La poche est ensuite fixée à la paroi, sans résection ; celle-ci est impossible, le kyste étant totalement intra hépatique ; enfin un gros drain est placé.

Suites nulles ; cicatrisation rapide sans suppuration et la malade sort de l'hôpital au bout de *trois semaines* avec une oblitération qui paraît bien réelle.

OBSERVATION XI

M... Angeline (1893).

Il y a 28 ans la malade s'est aperçue d'une petite grosseur au niveau de la partie inférieure du foie ; petit à petit cette grosseur a augmenté, et depuis trois mois la malade était absolument impotente et ressentait de très vives douleurs. A part quelques vomissements, il n'existait aucun autre symptôme. A la palpation, on sent à la partie inférieure du foie une poche qui descend

assez bas et est peu douloureuse à la pression. Autrefois cette tumeur avait été diagnostiquée, kyste de l'ovaire, puis kyste hydatique du foie.

Etat actuel. — La malade est en plein état fébrile. On sent une tumeur fluctuante débordant les côtes, descendant très bas, mais présentant un bord oblique qui est celui du foie. Le diagnostic est ainsi posé : kyste hydatique du foie ; de plus à cause des douleurs qui se sont accrues et de l'état fébrile : kyste suppuré.

Opération. — Incision sur le bord externe du grand droit, on trouve des adhérences totales d'une masse épaisse d'épiploon à la paroi abdominale et à la tumeur. Cette masse est traversée et l'on aborde la surface lisse et fibreuse de la tumeur sans avoir ouvert le péritoine, sauf à l'angle inférieur de la plaie, point facile à protéger. Une ponction est faite avec le bistouri et un flot de pus *très fétide* inonde le champ opératoire. Ecoulement facile, sans précautions ; épongeage et lavage au sublimé. Le doigt touche partout le cul de sac circonférentiel de la poche, qui est fibreuse par sa paroi antérieure et paraît au moins partiellement énucléée hors du foie ; mais on ne cherche pas à la réséquer, car il faudrait rompre les adhérences épiploïques et compromettre le péritoine par la fétidité du contenu kystique. D'ailleurs la poche n'est pas très grande et est assez plate après évacuation ; on y place un gros drain. Le péritoine est fermé à l'angle inférieur de la plaie qui est rétréci.

Le kyste contenait du pus fétide, des débris fibromembraneux comme d'un vieux kyste acéphalocyste, il n'y avait pas d'hydatides filles par suite de l'ancienneté de la maladie.

Les suites opératoires furent nulles. Cette malade a été revue en mars 1896 et la guérison était parfaite.

OBSERVATION XII

D... Rose, 29 ans (1894).

Ictère en 1888; syphilis en 1890; de plus hystéroéthylisme. Le début de la tuméfaction remonterait à neuf mois, sans troubles digestifs.

La tumeur occupe la région sus ombilicale, un peu à droite de la ligne médiane et a le volume d'un gros œuf. La tumeur est assez dure à la palpation et il n'existe pas de fluctuation. La percussion ne montre pas le foie augmenté de volume, mais donne de la sonorité en avant de la tumeur. Cette malade était entrée à l'hôpital avec le diagnostic de rein flottant; ce diagnostic fut ainsi rectifié : kyste hydatique du foie.

Opération. — La laparotomie est faite parallèlement à la ligne médiane et à droite. Le kyste est apparent à la face antérieure du foie et empiète sur le bord antérieur de cet organe. La poche est ponctionnée, puis incisée; il en sort une vésicule mère, mais pas d'hydatides filles. La poche est grande comme les deux poings

à peine; elle est suturée aux bords de la plaie et drainée.

Les suites opératoires furent nulles.

OBSERVATION XIII.

M... Joséphine, 34 ans. Journalière (1895).

Le début de sa maladie remonterait à onze ans.

La tumeur siège dans le flanc droit, elle a le volume d'une tête d'adulte, elle est dure, régulière, peu mobile et a augmenté de volume depuis six mois. Elle est devenue très douloureuse depuis huit jours avec vomissements alimentaires. La matité se continue avec celle du foie. La santé générale a toujours été bonne; jamais il n'y a eu d'ictère, de coliques hépatiques ou néphrétiques. Les douleurs se sont calmées quelques jours après l'entrée de la malade à l'hôpital.

Le diagnostic, par exclusion, est : kyste hydatique du foie.

Opération. — A l'ouverture on trouve la tumeur sous la face inférieure du foie, entièrement voilée par l'épiploon gastro-hépatique, elle paraît très dure. Le cas était embarrassant. Avec l'appareil aspirateur Potain, on fait une ponction qui reste blanche; mais en retirant la canule, par le trou ainsi fait, il sort un peu de liquide clair et un débris d'hydatide. Alors le péritoine est protégé par des éponges, on ouvre la porte kystique au bistouri et il en sort un peu de liquide, mais

de très nombreuses hydatides, les unes pleines, les autres flétries; il n'y a pas de membrane mère. La paroi kystique est épaisse et dure, avec des dépôts calcaires, celle-ci est attirée le plus possible au dehors; réséquée d'environ un tiers et suturée à la paroi. Il reste une cavité dont le fond est facilement accessible; on y fait un lavage au sublimé. Pansement iodoformé.

Les suites furent très bonnes et apyrétiques.

Les deux observations que nous publions maintenant ont trait; la première (obs. XIV) à une récurrence de kyste hydatique opéré précédemment par M. Richelot et dont nous avons raconté l'histoire dans notre septième observation; l'autre à une hépatomégalie (obs. XV) qui fut prise ainsi pour une récurrence de kyste hydatique et dont l'histoire se trouve également à notre huitième observation.

OBSERVATION XIV

C... Marie, 30 ans, concierge (1895).

L'on a affaire à une récurrence eodem loco d'un kyste hydatique opéré trois ans auparavant. La poche est simple, grosse comme deux poings, et son contenu est limpide.

Par l'ouverture au bistouri, sortit une membrane mère unique et pas de filles. On fit un lavage au sublimé et un drainage simple.

OBSERVATION XV.

L... Marie, 29 ans, bijoutière (1894).

Depuis un an, le ventre de la malade grossit, elle se plaint de crises douloureuses dans le côté droit, crises qui simulent assez bien la colique hépatique; ces crises étaient suivies d'ictère léger et passager.

A la palpation de la région, on sent un foie gros, hypertrophié et vu les antécédents de la malade on pense à une récurrence du kystique hydatique.

On fait l'incision sur la cicatrice et l'exploration du foie mis à nu fait constater l'absence d'un kyste et une énorme hypertrophie hépatique, *d'origine probablement calculieuse* (??).

La plaie est refermée et aujourd'hui la malade se porte bien. Deux ponctions dans le parenchyme hépatique avaient été faites avec l'aiguille de l'aspirateur Potain et étaient restées négatives.

OBSERVATION XVI

Publiée dans la *France Médicale* et *Paris Médical*.

Femme de 28 ans, passementière au pied (1893).

La malade est gênée dans son travail depuis environ un an; elle souffre depuis deux mois seulement du côté droit où elle sent dans la fosse iliaque une tumeur qui se déplace. Les douleurs reviennent par accès fré-

quents; il y eu des vomissements bilieux et de la fièvre; maintenant elle a cessé tout travail et elle est impotente.

Nous laisserons ici la parole à notre maître M. Richelot et l'on verra la difficulté du diagnostic qui se présentait dans ce cas.

On trouve assez haut dans la fosse iliaque droite un empatement dur, circonscrit, sans mobilité, douloureux à la pression. Il n'y a ni fluctuation, ni rénitence. La forme rappellerait un peu celle du rein, au dire d'un de mes internes, qui pense à une ectopie de cet organe fixé par les adhérences inflammatoires. Pour mon compte, je n'admets guère ce diagnostic, mais je pense encore moins au foie, car entre la tumeur et les fausses côtes, le flanc droit est libre et paraît avoir toute sa souplesse.

Cette tumeur iliaque me semble avoisiner l'intestin et revêtir une des formes connues de l'appendicite forme assez grave, assez pressante pour motiver une intervention dont la plupart des chirurgiens admettent aujourd'hui l'opportunité. Ajoutons que le père de la malade étant mort à 35 ans d'une affection thoracique, elle-même ayant eu à l'âge de 13 ans une bronchite qui dura sept mois et nous disant qu'elle s'enrhumait facilement l'hiver, enfin mes souvenirs me rappelant certains cas de tuberculose limitée de cœcum ayant eu des allures semblables et dans lequel j'ai réséqué partiellement la paroi intestinale au grand bénéfice des malades, je suis fort tenté de croire, malgré l'absence de tout signe d'aus-

cultation, à la typhlite tuberculeuse plutôt qu'à une appendicite ordinaire.

En tous cas, l'évolution de cette tumeur douloureuse peut entraîner de sérieux dangers; à défaut d'un diagnostic plus certain l'indication chirurgicale n'est pas douteuse.

L'abdomen est ouvert sur le bord externe du grand droit, la tumeur mis à nu et au grand étonnement, c'est le foie descendu dans la fosse iliaque que l'on rencontre.

L'organe est de volume normal, son tissu paraît sain; mais il a changé de place, il est devenu vertical, son lobe gauche occupe l'hypochondre droit, sa face convexe est tournée en dehors et l'extrémité de son lobe droit est venue se mettre en rapport avec la paroi abdominale un peu au-dessus du cœcum.

Nous n'avons pas pour but d'exposer l'opération que fit M. Richelot; nous voulions seulement mettre en lumière un cas très difficile de diagnostic; nous ajouterons cependant que l'hépatopexie a parfaitement réussi dans ce cas et que M. Richelot la compte comme la première fixation du foie *réussie et curative*.

Nous tenons à dire en terminant, que tous nos malades ont été revus depuis peu de temps et que la guérison *s'était parfaitement maintenue*.

VI

CONCLUSIONS

De tout ce qui précède, nous arrivons à ces conclusions qu'en présence d'un kyste hydatique du foie, nous pourrions tenter une fois, deux au plus, une ponction suivie d'injection de sublimé ou de naphthol β , quoique ne comptant que bien peu sur une guérison. Mais, dès que le liquide se sera reformé, nous agirons alors par l'incision large, en suivant les indications fournies par le siège du kyste, c'est-à-dire :

1° Pour les kystes antéro-inférieurs. Laparotomie suivie ou non du procédé Billroth-Delbet.

2° Pour les kystes antéro-supérieurs. Laparotomie avec ou sans résection costale.

3° Pour les kystes postéro-supérieurs. Laparotomie avec bascule de Landau ou préférablement incision transpleurale.

4° Pour les kystes postéro-inférieurs. Opération de Villaret.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	5
I TRAITEMENT MÉDICAL ET AGENTS PHYSIQUES	9
II LES PONCTIONS	14
Ponction simple	14
Ponction aspiratrice simple	17
Ponction aspiratrice suivie d'injections antiseptiques	24
III TRAITEMENTS LARGES ANCIENS	32
IV TRAITEMENTS LARGES RECENTS	42
Laparotomie	43
Hépatectomie	52
Procédé Delbet	53
Enucléation	57
Incision transpleurale	61
V DISCUSSION	67
VII OBSERVATIONS	73
VII CONCLUSIONS	91

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,
DUPLAY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

